



## Solicitud Confidencial para el Programa de Intervención Temprana (Early Intervention Program)

---

El Programa de Intervención Temprana (EIP) ayuda a las personas con VIH elegibles, que viven en Washington a obtener atención médica. EIP es un programa del Departamento de Salud del Estado de Washington. Ayudamos al pagar por:

- **Medicamentos de receta de nuestro formulario.** Si usted tiene seguro, podemos pagar algunos copagos.
- **Visitas médicas y pruebas para VIH limitadas.** Si usted tiene seguro, podemos pagar algunos deducibles y cubrir durante un periodo preexistente. Usted debe acudir a un proveedor contratado por nosotros.
- **Primas de seguro en determinadas situaciones.**
- **Responsabilidad financiera para obtener cobertura de Medicaid** (hasta un cierto nivel).
- **Plan de Medicamentos de Receta de Medicare y primas de Medicare Advantage; copagos por los medicamentos de nuestro formulario y algunos deducibles.**

### ¿Tiene que pagar algo por estos servicios?

Puede ser que tenga que pagar una tarifa por algunos servicios. Le haremos saber si tiene que pagar.

### ¿Cómo hacer su solicitud?

- Llene esta solicitud.
- Reúna todos los documentos requeridos.
- Envíe la solicitud y los documentos por correo a la dirección de EIP que aparece en la solicitud. No aceptamos solicitudes enviadas por fax.

### ¿Cómo procesaremos su solicitud?

- Si su solicitud está **completa**, le enviaremos una carta de elegibilidad. Su elegibilidad comenzará el primer día del mes en que la solicitud recibió el sello del correo. Normalmente, la elegibilidad es por un año. Si usted no es elegible, le explicaremos la razón.
- Si su solicitud **no está completa**, le enviaremos una carta diciéndole lo que necesitamos. Una solicitud incompleta retrasará el proceso de elegibilidad.
- Puede ser que tenga que solicitar beneficios de Medicaid. Si es así, le proporcionaremos una elegibilidad provisional y le enviaremos una solicitud para Medicaid.

### Advertencia sobre la confidencialidad

Puede ser que hablemos sobre su elegibilidad con su administrador de caso o con el proveedor de atención a la salud. No podemos hablar con nadie más (familia, amigos) a no ser que usted nos proporcione una declaración firmada indicando las personas con las que podremos hablar.

### ¿Cómo se puede poner en contacto con nosotros?

Si tiene preguntas por favor llámenos. Nuestro número de teléfono es el 1-877-376-9316 en todo el estado y (360) 236-3426 en el Condado de Thurston.

Puede obtener mayor información acerca de nuestro programa y descargar la solicitud de nuestro sitio Web: [www.doh.wa.gov/cfh/hiv.htm](http://www.doh.wa.gov/cfh/hiv.htm).

Proporcionamos esta página para ayudarle a llenar esta solicitud y puede conservarla.

La dirección postal del Programa de Intervención Temprana (Early Intervention Program) es:  
Post Office Box 47841  
Olympia, WA 98504-7841

## Programa de Intervención Temprana Solicitud Confidencial

¿Cómo se enteró de nuestro programa?  Administrador de caso  Proveedor de atención a la salud  
 Amigo  Otro \_\_\_\_\_

**NOTA: Utilice un bolígrafo para llenar esta solicitud.**

### Sección 1: Información del solicitante

Apellido	Nombre			Inicial del segundo nombre
Domicilio (adjunte prueba*)	Ciudad	Condado	Estado	Código postal
Dirección postal (si es diferente)	Ciudad	Condado	Estado	Código postal

\*Usted debe vivir en el estado de Washington para ser elegible a recibir nuestros servicios. Envíe una copia de uno de los siguientes documentos para verificar la **dirección de su domicilio ACTUAL**: factura de servicios públicos; recibo de alquiler, hipoteca o contrato de alquiler; tarjeta de registro de votante, licencia para conducir o credencial de identificación del Estado de Washington. Si no tiene residencia, hable con el administrador de su caso o llámenos.

Número de teléfono donde podemos encontrarle ( ) ¿Podríamos dejar un mensaje de voz en este número? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de nacimiento	Por favor marque la casilla que considere que le describe mejor: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Transexual <input type="checkbox"/> Otro
Nombre del administrador de caso**	Número de teléfono y agencia del administrador de caso	

\*\*Si no tiene un administrador de caso y desea información sobre su caso llámenos.

### Sección 2: Información voluntaria

**No emplearemos esta información para determinar la elegibilidad.**

Número de seguro social	¿Es usted hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Marque todo lo siguiente que se aplique para usted: <input type="checkbox"/> Indio americano /Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano /otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro: _____	
¿Desearía recibir futuras solicitudes de renovación en español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Desea recibir información en español en el futuro?	

### Sección 3: Recursos ¿Tiene usted algunos de los siguientes recursos? Sí No

**Si es así, anote el valor.**

Recurso	¿Cuál es el valor?
Dinero en efectivo, cuenta de ahorros, cuenta de cheques	\$
Bienes raíces (sin tomar en cuenta la casa en la que vive)	\$
Fideicomisos	\$
Acciones y bonos	\$
Anualidades	\$
Vehículos y vehículos de recreación (sin tomar en cuenta un automóvil)	\$
Otros (explique)	\$

**Sección 4: Ingresos ¿Tiene usted ingresos?  Sí  No Llene una sección abajo.**

Si la respuesta es **SÍ**, llene esta sección.

Fuente de ingresos	Detalle el monto de sus ingresos BRUTOS mensuales antes de las deducciones.	Incluya una copia del documento que se describe a continuación para su período de pago más reciente. <u>Debe</u> indicar el nombre, el período de pago y los ingresos brutos.
1. Sueldos, salarios, comisiones, propinas	\$	Talón de cheque.
2. Compensación de desempleo	\$	Talón de desempleo.
3. Jubilación del seguro social, sobreviviente, ingresos de seguro de incapacidad o de ingreso suplementario <b>(marque con un círculo el tipo de ingresos recibidos)</b>	\$	Estado de cuenta de beneficios o estado de cuenta del banco que demuestre el depósito directo.
4. Otros ingresos de incapacidad	\$	
5. Beneficios de veteranos	\$	
6. Jubilación, pensiones, anualidades	\$	Talón de cheque o estado de cuenta del banco que demuestre el depósito directo.
7. Empleo por cuenta propia	\$	Talón de cheque, documentación de empresas o algo que demuestre cuánto gana.
8. Otros (explique)	\$	Algo que demuestre cuánto recibe.

Si la respuesta es **NO**, llene esta sección.

Por favor infórmenos cómo se mantiene a sí mismo: (es decir, vivienda, alimentos, ropa, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Entiendo que si proporciono información falsa sobre mis ingresos, podría perder los beneficios y/o tener que rembolsar los pagos por los servicios que recibí.

X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del solicitante

**Sección 5: Información de atención a la salud. Marque Sí o No si tiene alguno de los siguientes:**

1. DSHS Medicaid	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí ¿tiene usted una responsabilidad financiera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. Medicare	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Si la respuesta es <b>Sí</b> , debe incluir una copia de su tarjeta de Medicare <u>y</u> responder a las preguntas a la derecha →:	¿Tiene un seguro de salud confiable (tan bueno o mejor que el nuevo Medicare estándar Parte D)?  <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es Sí, por favor incluya una copia de su declaración de cobertura confiable  <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es NO ¿se ha inscrito en un Plan para Medicamentos de Receta (Prescription Drug Plan - PDP de Medicare Parte D o en Medicare Advantage <u>con</u> cobertura para Medicamentos de Receta (MA-PD)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es <b>Sí</b> , por favor incluya una copia de su tarjeta PDP o MA-DP.  Usted ha solicitado "Extra Help" de la Administración de Seguro Social (SSA) para Subsidio de Asistencia por Bajos Ingresos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es <b>Sí</b> , Por favor incluya una copia de la respuesta recibida de SSA.



## Sección 8: Acuerdo y firma

Entiendo que:

- Debo responder a todas las solicitudes de información o acción dentro de las fechas límite o EIP podrá negar o suspender mi elegibilidad.
- EIP puede verificar cualquier información en esta solicitud.
- Debo informar cualquier cambio en mi domicilio, recursos, ingresos o cobertura de atención médica. Si EIP recibe devolución de mi correo y no puede ponerse en contacto conmigo, pueden suspender mi elegibilidad.
- Puedo tener que pagar una tarifa por recibir servicios de EIP.
- La subvención de EIP es limitada y se podrían cambiar o eliminar los servicios según sea necesario.
- EIP podría exigirme que utilice o solicite otros servicios antes de recibir la atención de EIP.
- EIP podría limitar los servicios a aquellos que sean más efectivos en costo para EIP, con base en mis otras opciones de cobertura.
- EIP tiene procedimientos para reclamos disponibles a solicitud. El presentar un reclamo no afectará mi elegibilidad para EIP.

### El solicitante debe firmar esta sección

Concedo mi permiso para que el Programa de Intervención Temprana y mis proveedores de atención a la salud, incluyendo mi administrador de caso en el Departamento de Servicios Sociales y de Salud, compartan esta información sobre mi atención médica y cobertura de salud. Concedo este permiso por un año y 60 días a partir de la fecha en que firme esta autorización.

He leído y entendido la información en esta solicitud. La información del presente formulario es verdadera y completa a lo mejor de mi entendimiento. Entiendo que si proporciono información falsa o inexacta o dejo de notificar de manera oportuna a EIP sobre mis cambios, podría perder los beneficios y/o EIP podría exigir que reembolse por éstos.

X \_\_\_\_\_

**Firma del solicitante**

**Fecha**

### Opcional

Deseamos asegurarnos de que todos nuestros clientes reciban servicios de alta calidad. Una manera de hacerlo es vincular su información con los informes de caso sobre enfermedades infecciosas del hospital y con el conjunto de datos de investigación especiales. Usted podrá recibir servicios aún cuando opte por no firmar esta declaración.

Concedo permiso para vincular la información identificada de mis registros con otros registros de salud pública en la Oficina de Enfermedades Infecciosas y Salud Reproductiva del Departamento de Salud (Department of Health's Office of Infectious Disease and Reproductive Health) para evaluar la manera en la que se proporcionarán los servicios, los beneficios que proporciona el programa y el impacto del programa en la salud de la comunidad.

X \_\_\_\_\_

**Firma del solicitante**

**Fecha**

## ¿Está completa su solicitud?

Si su solicitud no está completa, no podremos determinar su elegibilidad.

- ¿Respondió a todas las preguntas?
- ¿Incluyó comprobante de residencia?
- ¿Incluyó comprobante de ingresos **O** firmó la declaración de "no ingresos"?
- ¿Incluyó una copia de su tarjeta de Medicare? (si se aplica)
- ¿Incluyó una copia de su declaración de seguro confiable o copia de su tarjeta PDP o MA-PD? (si se aplica)
- ¿Incluyó una copia de su tarjeta de seguro? (si se aplica)
- ¿Obtuvo una firma en la documentación médica de VIH? (solamente para solicitantes nuevos)
- ¿Firmó la solicitud?

Si tiene preguntas o desea recibir esta solicitud en un formato alternativo, llámenos al **1-877-376-9316**. También puede ponerse en contacto con nosotros a través del TDD Relay Service, llamando al 1-800-833-6388.

**Envíe todos los documentos de la solicitud a:**

**Early Intervention Program**

**PO Box 47841**

**Olympia, WA 98504-7841**

Si desea enviar su solicitud a través del servicio de entrega al día siguiente, llámenos para obtener nuestra dirección física.

12/2005